



Hace 55 años

Juicio Crítico sobre los Recursos Modernos de la Obstetricia en el Parto Normal*

Por los Dres. Juan ALANIS OCHOA y
Héctor SALINAS BENAVIDES.
Monterrey, N. L.

La obstetricia, desde sus épocas más remotas, ha tratado de resolver los problemas del parto ideando procedimientos tendientes a salvaguardar la vida del feto y de la madre y utilizando medidas higiénicas y métodos terapéuticos durante el embarazo, que constituyen la profilaxia para que el trabajo de parto pueda verificarse en mejores condiciones, evitando así complicaciones y distocias posteriores.

En la evolución histórica de esta rama tan importante de la medicina se observa un progreso en los recursos empleados en mejorar esas condiciones en que debe verificarse el parto. Los descubrimientos de la medicina y de la ciencia en general que han tenido aplicación práctica en Obstetricia, el mejor conocimiento de la Fisiología y la necesidad cada vez mayor de evitar el sufrimiento materno, han modificado la conducta del partero frente a la madre, en términos generales, a medida que va pasando el tiempo esta conducta es más activa poniendo en práctica y sirviéndose el obstetra de todos los medios que facilitan la evolución del parto y evitan o disminuyen el sufrimiento de la madre y cuando sus conocimientos

han sido suficientes, apoyado por las ventajas de Centros hospitalarios bien equipados y contando con todos los recursos modernos, ha sido capaz de imitar la naturaleza, provocando las contracciones, dilatando el cuello y efectuando la extracción casi tan bien como espontáneamente sucedería.

Al analizar los medios de que el Obstetra se ha valido para mejorar tal o cual aspecto de la atención del parto, hemos encontrado la imposibilidad de señalar claramente qué recursos deben considerarse como modernos, puesto que no hay en la historia de la Obstetricia un hecho o una fecha suficientemente importante para que sirva de límite preciso; por otra parte, la mayoría de ellos conocidos desde hace más o menos tiempo, han sufrido tales modificaciones en su técnica o indicación que son armas poderosas de la Obstetricia actual. Estas circunstancias nos han obligado a hacer un estudio general agrupando los recursos en los principales capítulos relacionados con el parto para tratar de hacer un breve juicio de cada uno en particular.

- 1o.- Recursos profilácticos: (Consulta Prenatal y Psicoterapia).
- 2o.- Recursos empleados contra el sufrimiento materno:
Hipnóticos, Amnésicos, Analgésicos, Anestésicos y Gangliopléxicos.
- 3o.- Recursos empleados para abreviar el trabajo de parto:

* Ponencia presentada por la "Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Monterrey", ante la VI Reunión Nacional de Ginecología y Obstetricia, León, Gto, 9-13 de Octubre de 1956.

Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México 1957;XII:129-134.

Modificadores de la contracción uterina. Desprendimiento digital de membranas, amniotomía, dilatación manual del cuello, maniobra de Kristeler. Episiotomía, Forceps.

4o.- Parto acelerado y parto inducido.

RECURSOS PROFILÁCTICOS

La consulta *prenatal* es el principal recurso profiláctico para la buena marcha del parto. Su importancia es cada vez mayor y el concepto que sobre ella se tiene ha cambiado. Es un campo que está y permanecerá siempre abierto para que cada nuevo avance de la medicina rinda en él el fruto de su aplicación práctica.

Debe iniciarse desde los primeros meses del embarazo y consiste en un estudio clínico completo de la paciente que se complementa con los exámenes de rutina pre-natal más todos aquellos que el médico juzgue convenientes.

Los datos deben ser cuidadosamente anotados y la historia convenientemente archivada para que en ella se siga llevando el control de la enferma durante el embarazo y, sobre todo, para que se tenga a la mano en el momento de la atención del parto.

Las consultas subsecuentes se repetirán con la frecuencia que el médico crea necesario, pero cuando menos serán cada mes y en el 8o. y 9o. cada 15 y cada 8 días, respectivamente.

Durante ellas el médico se familiarizará con el problema o los problemas principales de cada caso en particular, tratando de encausar en la mejor forma la marcha del embarazo y como consecuencia del futuro parto.

Pensamos que es la base de una buena Obstetricia, que representa la medicina profiláctica del parto. Que en ella el médico debe ser más internista que obstetra. Que debe ser respaldada por un buen Laboratorio. Que el partero no debe reparar en pedir la cooperación de médicos especializados para tratar mejor los problemas agregados de cada caso particular; y que en nuestro medio debe generalizarse más y mejor.

La psicoterapia: Como recurso profiláctico se ha empleado en la embarazada con objeto de obtener partos naturales.

Se conocen dos métodos: El primero utilizado en Rusia por los discípulos de PAWLOW, y el segundo en Inglaterra por GRANTLY DICK READ, uno y otro tienen como base una labor de psicoprofilaxia que consiste en instruir a la

paciente sobre el mecanismo del parto y familiarizarla con las condiciones en que se llevará a cabo. Requieren un personal entrenado y disponer de suficiente tiempo para la consulta, motivos que han impedido su generalización en nuestro medio.

Nosotros no tenemos experiencia en estos métodos y nos concretamos a hacer una pequeña labor de psicoterapia tratando de ganar la confianza de la paciente quitándole los temores y dudas que tenga hacia el parto, con objeto de contar con una enferma que pueda cooperar mejor.

RECURSOS EMPLEADOS CONTRA EL SUFRIMIENTO MATERNO

Suprimir el dolor durante el parto ha sido desde antaño uno de los problemas más grandes del parto. En el afán de resolverlo se han utilizado infinidad de procedimientos y medicamentos y a pesar de ello podemos asegurar que no está resuelto satisfactoriamente y que todavía seguirán experimentándose nuevas drogas y ensayándose nuevos métodos antes de encontrar el que pueda emplearse en todos los casos desde la aparición de los dolores hasta la expulsión del producto, que facilite la evolución del parto y que no aumente la morbilidad y mortalidad materno-fetal.

A partir del año 1804 el DR. PETTER MILLER, ensayaba algunos medios de aminorar el dolor en el parto (eméticos, ejercicios fuertes, semiinanición, flebotomía con extracción de 400 a 800 c.c. de sangre). El día 10 de noviembre de 1847 el DR. SIMPSON utilizó como método de anestesia el cloroformo.

SIR JHON SNOW describió y utilizó el método de "Anestesia a la Reina" durante el período de dilatación y expulsión.

En 1888 se usó el gas hilarante.

En 1902 STEINBÜCKEL informó que la inyección hipodérmica de la morfina-escopolamina suprimía el dolor en el parto.

En 1907 GAUS reportó 1,000 casos utilizando este método.

En 1913 se generalizó en Alemania el sueño crepuscular.

Posteriormente se usaron el hidrato de cloral, la avertina y los barbitúricos.

Más tarde se usaron la anestesia raquídea continua fraccionada, la caudal continua, la raquídea hiperbárica (bloqueo en silla de montar) el etileno y el ciclopropano.

El demerol apareció en 1944.

El trilene se utilizó por primera vez en el año de 1948.

En 1952 es introducido a la terapéutica el largactil o cloropromacina y revelado como medicamento neuropléxico dotado de posibilidades terapéuticas muy extensas.

La historia nos enseña, que todos estos métodos y medicamentos gozaron de fama y fueron tomados con entusiasmo cuando aparecieron por primera vez y que más tarde la experiencia se encargó de darles el justo valor quedando así, algunos de ellos olvidados ya casi por completo. Siendo tantos los medicamentos y tan variados los métodos empleados resultaría demasiado extenso hacer un juicio crítico de cada uno en especial, por lo que nos concretamos a señalar la conducta general que nos parece más correcta durante el parto.

Para el período prodrómico o en los falsos trabajos de parto empleamos frecuentemente los barbitúricos o los analgésicos en pequeñas dosis, con el único objeto de calmar a la enferma.

Durante el período de dilatación no somos partidarios de sedar intensamente a la enferma con el uso de grandes dosis de barbitúricos, amnésicos, analgésicos o anestésicos; si no que creemos basta la aplicación del demerol solo o combinado con largactil y en dosis que varían con las necesidades de cada caso en particular.

Creemos en las ventajas del demerol sobre otros medicamentos pues es bien sabido que regulariza el trabajo de parto sin modificar grandemente la contracción uterina, facilita la dilatación del cuello, calma la angustia y el dolor a la enferma y no afecta al producto. Somos partidarios de combinarle con el largactil ya que este medicamento refuerza su acción logrando mejores efectos con dosis menores, pero, recomendamos sea usado cuidadosamente ya que la respuesta es muy variable de unos pacientes a otros. Los empleamos por lo regular en dosis de 50 /mg de demerol y 12.5 /mg de largactil por vía intramuscular cada vez que sea necesario durante el período de dilatación; dejamos la vía intravenosa solamente para casos especiales que requieren mayor vigilancia. En enfermas muy excitadas o muy sensibles agregamos el trilene al final del período de dilatación o bien aplicamos la raquianestesia o la anestesia caudal para completar este período y terminar el parto.

En el período de expulsión usamos la anestesia que convenga en cada caso. En general, en pacientes multíparas o primigestas con parto espontáneo empleamos el trilene

o la anestesia general con ciclopropano y oxígeno, mezcla a la que se le agrega en algunos casos el óxido nitroso. En multíparas o primigestas con sufrimiento fetal y aplicación de fórceps preferimos la silla de montar. En partos de nalgas y en aquéllos que tenemos que completar la dilatación también preferimos la raquianestesia.

Creemos que antes de usar cualquier medicamento debemos pensar primero que evitar el sufrimiento materno está no poner en riesgo la vida del feto o de la madre.

RECURSOS EMPLEADOS PARA ABREVIAR EL TRABAJO DE PARTO

Modificaciones de la contracción uterina

Considerando que la contracción uterina es la fuerza principal en la evolución del parto, se comprende el interés tan grande de poder contar con recursos que permitan manejarla a voluntad. Los medicamentos que con este fin se han utilizado, se pueden dividir en sedantes y ocitóticos que bien empleados prestan servicios de valor incalculable al obstetra. Los estudios recientes hechos por el PROF. R. CALDEYRO - BACIA, Prof. H. ALVAREZ y DR. J. J. POSEIRO sobre la fisiología del músculo uterino, han arrojado nueva luz y han servido para que el partero tenga un mejor control sobre esa fuerza insustituible y enormemente importante para el progreso del parto. De los sedantes, el demerol y la gevelina son empleados comúnmente. Tienen su aplicación durante el primer y segundo período y en los casos de hipertonia y tetanización del útero.

De los ocitóticos utilizados para abreviar el parto, la pituitrina o el pitosín en dosis fraccionadas de 0.2 c.c. por vía intramuscular o en solución glucosada al 5% por vía intravenosa prestan gran utilidad cuidadosamente empleados en el período de dilatación o de expulsión.

Otros ocitóticos como la calgluquina, la compositriona o la ergotocoderina pueden emplearse en trabajos de parto insidiosos.

El desprendimiento digital de membranas

Es un recurso empleado para desencadenar o acelerar el trabajo de parto. Para ello es necesario que el cuello permita la introducción de uno o dos dedos que serán los encargados de separar las membranas del segmento inferior en una extensión tan amplia como sea posible. Lo consideramos de gran valor como complemento para provocar o acelerar el parto y lo practicamos antes de la amniotomía.

La amniotomía

La ruptura de la bolsa de las aguas se practica desde antaño y se sabe del trabajo de parto. Su uso tiende a generalizarse y en la actualidad se hace casi sistemáticamente cuando la dilatación ha alcanzado 4 o más centímetros. Tiene como riesgos la infección y el prolapsio del cordón que tomando precauciones no deben dar complicación. La ruptura prematura como recurso para desencadenar el parto lo consideramos de gran valor y lo usamos como complemento en la inducción del trabajo de parto.

La dilatación manual de cuello

Es una maniobra descrita y conocida desde hace mucho tiempo; puede practicarse utilizando una sola mano, técnica de RIZZOLI, o las dos técnicas de BONAIRE o de HARRIS, es practicada en menor grado casi sistemáticamente, en el momento de hacer el tacto vaginal, pues es costumbre muy generalizada jalar el cuello para que la dilatación se verifique más rápidamente.

Sus indicaciones, que estaban limitadas a casos en que peligrando la vida del feto o de la madre había necesidad de hacer una extracción rápida del producto, han sido modificadas por algunos parteros que la emplean en partos normales con el único objeto de abreviar la duración del mismo. La consideramos de gran utilidad para resolver trabajos de parto prolongado con sufrimiento fetal y en lugar de la operación cesárea pero siempre y cuando el cuello esté borrado y con no menos de 4 centímetros de dilatación. Tenemos la impresión que es imposible evitar uno o dos desgarros laterales que llevan riesgo de prolongarse hasta el segmento y por esta razón la consideramos peligrosa y traumatizante para el cuello y la condenamos en casos donde una espera razonable resuelve el problema satisfactoriamente.

Pensamos que la mano del hombre nunca podrá sustituir a la matriz en esta función tan fundamental para la marcha del parto, puesto que el mecanismo seguido en uno y otro caso es completamente distinto.

La maniobra de Kristeler

Es otro de los recursos que pueden abreviar el parto. La practicamos y la consideramos de gran ayuda durante el período de expulsión y debe hacerse solamente con la cabeza encajada, durante la contracción uterina y por una persona bien entrenada. En las aplicaciones de forceps y en el parto de nalgas presta un servicio de gran utilidad.

Sin embargo, tenemos que lamentar que haya gentes que tratando de sustituir con ella el fórceps la practiquen tan bruscamente que llegan a producir desgarros uterinos que matan al feto y ponen en grave riesgo la vida de la madre.

La episiotomía

Abrevia el período expulsivo y evita los desgarros perineales. La recomendamos en primigestas y en partos vaginales operatorios donde el riesgo del desgarro existe; preferimos la mediolateral dejando la media solamente en casos donde la desproporción céfalo-vulvar es poca.

Fórceps

El fórceps es un instrumento usado para resolver y abreviar el parto. Ha sido quizás el instrumento quirúrgico que más modificaciones ha sufrido y del que mayor número de modelos diferentes se han fabricado. Es probablemente el que ha permitido, de por sí solo, salvar mayor número de vidas, pero que ha servido también para producir lesiones y muertes en el feto o la madre. Su uso e indicaciones será siempre tema de actualidad.

En su evolución histórica puede apreciarse un progreso que está de acuerdo con el mejoramiento del mecanismo del parto.

El fórceps de CHAMBERLEN era un instrumento recto y corto que tenía únicamente la curvatura cefálica y que fue usado con ligeras modificaciones hasta la mitad del siglo XVIII, cuando LEBRET en 1747 y SMELLIE en 1751 independientemente uno del otro, le agregaron la curvatura pélvica y aumentaron la longitud del mismo. Pasó más de un siglo antes que TARNIER, en 1877, enunciara claramente el principio de la tracción del eje, que revolucionó las ideas sobre este punto.

Más tarde DEMELIX y KIELLAND fabrican modelos casi rectos, de articulación móvil que permiten mejores aplicaciones y la extracción de la cabeza dándole los movimientos de lateralidad, rotación, flexión y descenso que ejecutaría normalmente al verificarce el parto espontáneo.

Es recientemente cuando el Dr. THERRY, de Rouen, lanza un modelo con el nombre de espátulas, que apoyado en principios distintos a los del fórceps original, ha tenido gran aceptación entre parteros franceses y cubanos.

Nosotros no tenemos ninguna experiencia personal en ellas, pero nos hemos atrevido a hacer imitaciones utilizando las ramas del fórceps DEMELIN sin ninguna articulación y hemos logrado la extracción más fácil, más fisiológica y con menores esfuerzos.

Las indicaciones del fórceps se han modificado, pues antes del año de 1920, en que DE LEE aconseja el método del fórceps profiláctico, sus aplicaciones estaban limitadas a partos distóicos acompañados de sufrimiento fetal o materno.

Creemos que bien manejado presta una gran utilidad al partero, pues es la única forma de reemplazar la fuerza de la contracción uterina y de la prensa abdominal en el período de expulsión, razón por la cual es más frecuente cuanto mayor cantidad de analgésicos y anestésicos se usan en el parto.

Lo aconsejamos en partos con anestesia donde la maniobra moderada de KRISTELER y el uso de pequeñas dosis de ocitócicos no han logrado producir el descenso de la presentación.

No creemos que llegue a desaparecer de la obstetricia, sino que por el contrario, seguirá perfeccionándose para obtener menor traumatismo materno fetal.

Parto acelerado

La aceleración del parto tiene sus indicaciones en trabajos de parto insidioso y el obstetra se valdrá para ello de los recursos más adecuados para cada caso en particular. Es una conducta que nos parece justificada porque acortando la duración del mismo se evita el sufrimiento materno y en algunos casos los estados de agotamiento y deshidratación que suelen presentarse frecuentemente.

Los recursos más comúnmente utilizados son los ocitócicos post-hipofisiarios en dosis fraccionadas o por vía intravenosa en solución glucosada y el despegamiento o ruptura artificial de membranas.

La inducción del parto

Es conocida desde hace siglos pero las indicaciones y los recursos empleados para ello han cambiado y consiste en provocar el parto antes del séptimo mes de embarazo.

La aconsejamos en casos seleccionados y siempre con una indicación médica precisa. Empleamos para ello como recursos la amniomía, el despegamiento de membranas, precedidos o no de un purgante o bien del enema, y como medicamentos, preferimos el pitosín por vía intravenosa media hora después de la aplicación de una ampolla de demerol.

La inducción electiva

Por la simple conveniencia de la paciente o del médico nos parece una conducta sin objeto y sin ventaja sobre la espera juiciosa hasta la iniciación fisiológica y natural del parto y pensamos, al igual que el DR. RÁBAGO, que existen posibilidades de obtener niños de menor peso que dejándolos llegar al término fijado por la naturaleza.

Parto forzado

No estamos de acuerdo con el parto forzado que aún en manos hábiles expone a la madre y al feto a traumatismos innecesarios.

CONCLUSIONES

- 1o.- El partero cuenta para la mejor atención del parto con recursos que bien empleados le permiten disminuir el sufrimiento materno y abreviar la duración del parto sin aumentar por ello la morbilidad y mortalidad materno fetal.
- 2o.- La conducta debe ser activa valiéndose y aprovechando el obstetra todos aquellos progresos en bien de la madre o el feto.
- 3o.- Debe conocer las técnicas, tener calma y tranquilidad para no emplear estas armas tan útiles, en perjuicio de la madre o el producto.